VIII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej (nr 70)**

z dnia 21 lutego 2019 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 70)

21 lutego 2019 r.

Komisja, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Małgorzaty Zwiercan (WiS)**, przewodniczącej Komisji, i posła **Sławomira Zawiślaka (PiS)**, zastępcy przewodniczącej, rozpatrzyła:

– informację Ministra Zdrowia na temat stanu przygotowań projektu „PolSenior 2”.

W posiedzeniu wzięli udział: **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, dr hab. med. prof. nadzw**. Tomasz Zdrojewski** kierownik projektu „PolSenior 2’ wraz ze współpracownikami, **Lidia Ułanowska** dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, **Małgorzata Żyra** zastępca dyrektora Departamentu Badań Społecznych Głównego Urzędu Statystycznego, **Elżbieta Ostrowska** przewodnicząca Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, **Ewa Kwiatkowska** adiunkt Akademii Leona Koźmińskiego w Warszawie, **Zbigniew Tomczak** przewodniczący Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, **Krzysztof Sawiński** prezes i **Anna Jakrzewska-Sawińska** wiceprezes Hospicjum Domowego w Poznaniu, **Zofia Prasał** opiekunka rodzinna osób z chorobą Alzheimera, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Janusz Zieliński** przewodniczący Branżowej Komisji Dialogu Społecznego ds. Osób Starszych i Kombatantów w Warszawie, **Teresa Banasiak** prezes Stowarzyszenia VIS MAJOR wraz ze współpracownikami, **Grażyna Andziak-Ziemińska** słuchaczka Mazowieckiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Warszawie, **Krystyna Żebrowska** przewodnicząca Rady Seniorów Dzielnicy Bielany m.st. Warszawy, **Adam Zieliński** przewodniczący Zespołu ds. Zdrowia i Spraw Społecznych Rady Seniorów Dzielnicy Wola m. st. Warszawy, **Jerzy Domżalski** sekretarz RS Dzielnicy Ursus m.st. Warszawy, **Iwona Bruśk** zastępca przewodniczącego RS Dzielnicy Wola m.st. Warszawy, **Krzysztof Jambor** przedstawiciel RS Dzielnicy Bemowo, prof. dr hab. n. med. **Katarzyna Wieczorowska-Tobis** stały doradca Komisji oraz **Dominika Górnicka** asystentka przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu wzięli udział pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska** i **Wiesław Kozioł** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dzień dobry państwu, witam wszystkich bardzo serdecznie.

Otwieram 70. posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej.

Stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji.

Witam panie i panów posłów, pana ministra, przedstawicieli Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, przedstawicieli Najwyższej Izby Kontroli, Głównego Urzędu Statystycznego, przedstawicieli ministerstw a także wszystkich pozostałych gości.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewidywał rozpatrzenie informacji Ministra Inwestycji i Rozwoju na temat założeń i realizacji rządowego programu Dostępność+, znaczenie dla seniorów i drugi punkt – rozpatrzenie informacji Ministra Zdrowia na temat stanu przygotowań projektu „PolSenior 2”. Porządek mówił o dwóch punktach, jednak – na prośbę MIiR – proszę państwa, proponuję przełożenie pierwszego punktu na przyszłe posiedzenie Komisji. Przekazane państwu informacje będą pełniejsze i w posiedzeniu będzie mogła wziąć udział pani minister Małgorzata Jarosińska-Jedynak, która zajmuje się tym projektem.

Czy ktoś jest przeciw?

Nie widzę, przyjęliśmy porządek dzienny posiedzenia.

Proszę o przedstawienie informacji pana ministra Macieja Miłkowskiego, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia – bardzo proszę.

Podsekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia Maciej Miłkowski:

Witam państwa bardzo serdecznie.

Nie chciałbym się wymądrzać i od razu oddaję głos panu profesorowi Tomaszowi Zdrojewskiemu, który jest koordynatorem programu „PolSenior 2" i jednocześnie kontynuatorem projektu „PolSenior 1", który również prowadził.

Kierownik projektu „PolSenior 2" dr hab. med. prof. nadzw. Tomasz Zdrojewski:

Pani przewodnicząca, panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, bardzo dziękuję za zaproszenie na posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej w celu omówienia zaawansowania prac, kluczowego dla oceny sytuacji zdrowia i sytuacji społecznej polskich seniorów, projektu.

Chciałbym krótko powiedzieć na wstępie, że w tym gronie nie trzeba wiele uzasadniać i mówić o sytuacji demograficznej, tempie starzenia się Polaków, jak ważne jest szczegółowe poznanie sytuacji najstarszych Polaków. Projekt ten ma 22-letnią genezę, ponieważ równo 22 lata temu miałem przyjemność przeprowadzić pierwsze ogólnopolskie badanie dotyczące zdrowia Polaków. To były lata 1997, 1998 i 1999, wtedy zaczęło się myślenie o tym, by poznać sytuację podczas badania reprezentatywnej próby.

Dlaczego badanie reprezentatywnej próby jest takie ważne? Ano dlatego, że w Polsce mamy olbrzymie nierówności – tak jak Polacy bardzo różnie głosują na wschód i zachód od Wisły w wyborach parlamentarnych, tak samo jest bardzo zróżnicowana sytuacja zdrowotna w regionach, województwach czy powiatach.

Pierwsze założenie, jakie powinniśmy mieć, próbując ocenić zdrowie Polaków, to to, że musimy zbadać zdrowie reprezentacji, czyli – jeśli mamy kilka milionów osób – to konieczne jest właściwie wybrać odpowiednią próbę pod względem geograficznym, pod względem płci, wieku, także pod względem struktury społecznej. Polskie nierówności w zdrowiu są na tyle duże… w opracowanej rok temu przez Państwowy Zakład Higieny publikacji o stanie zdrowia ludności Polski mogą się państwo zderzyć naprawdę z twardą rzeczywistością. Ministerstwo Zdrowia po raz pierwszy przedstawiło w WHO problem nierówności w zdrowiu w 2011 r., byłem współautorem tego opracowania. Nacelowanie badania na reprezentatywną próbę Polaków ma kluczowe znaczenie.

W 1997 r. pokazaliśmy jedną rzecz – mianowicie, wśród Polaków po 90. roku życia odsetek osób z nadciśnieniem tętniczym, głównym czynnikiem udarów mózgu i zawałów serca, jest mniejszy niż u osób 70-letnich. Wszyscy się zdziwili, ale co to pokazało? Pokazało to, że ci, którzy mieli ciężkie nadciśnienie, po prostu, nie żyją a ci, którzy byli genetycznie „uzbrojeni" w niższe ciśnienie, żyli najdłużej. To badanie pokazało kluczowe znaczenie czynników ryzyka a my, po raz pierwszy, rozpoznaliśmy sytuację najważniejszych czynników ryzyka w populacji dorosłych Polaków.

Mogę jeszcze anegdotycznie powiedzieć, że jesteśmy spoza Warszawy, reprezentujemy gdańską akademię medyczną, współpracowaliśmy z poznańską i krakowską, zamiast pochwał za to badanie usłyszeliśmy trochę krytyki, no, bo dlaczego w Gdańsku robiliśmy ogólnopolskie badania… takie to były czasy, państwo spoza Warszawy, wiedzą, jak to jest.

Kolejne, kluczowe dla oceny zdrowia Polaków i sytuacji społecznej badanie zostało wykonane z inicjatywy pana ministra Michała Seweryńskiego. Zaproponował, jako minister nauki w latach 2005-2007, kompleksowe badanie zdrowia i sytuacji społecznej Polaków „PolSenior", dzisiaj nazywamy je badaniem „PolSenior 1". To badanie zostało wykonane w latach 2000-2010 i udało się wokół niego zintegrować wszystkie najlepsze ośrodki geriatryczne i gerontologiczne w Polsce, tak medyczne, jak i zajmujące się sprawami społecznymi, np. Szkołę Główną Handlową. To badanie zostało zakończone i raportowane. Do dzisiaj, metodą „kopiuj-wklej" jego wyniki stanowią podstawową wiedzę o sytuacji zdrowotnej seniorów.

Dlaczego określam to badanie reprezentacji Polaków jako kluczowe, oryginalne i unikatowe?

Czasami zdarza się, że podczas dyskusji słyszymy: przecież wystarczy rejestr danych Narodowego Funduszu Zdrowia czy dane ze szpitali. W żaden sposób nie wystarczą,

ponieważ – jeśli zbadamy – reprezentację 6 tys. Polaków to część z nich w ogóle nie wie, że ma nadciśnienie, część z nich nie wie, że ma hipercholesterolemię – a ilu Polaków nie wie to właśnie możemy się dowiedzieć tylko z badania reprezentacji Polaków, z próby generalnej. Tę reprezentację losuje ministerstwo z próby „PESEL-owej" (wcześniej było to ministerstwo spraw wewnętrznych, teraz Ministerstwo Cyfryzacji). W żaden inny sposób nie potrafimy się dowiedzieć o czynnikach ryzyka i o chorobach, z żadnego innego badania, tylko właśnie z takiego jak „PolSenior", dowiemy się, jak lekarze leczą poszczególne choroby, czyli np. ilu Polaków z nadciśnieniem tętniczym jest skutecznie i prawidłowo leczonych – z żadnego innego badania, z żadnego innego rejestru, nie możemy tego ocenić.

Stąd to badanie „PolSenior 1" było kluczem do poznania: po pierwsze – prawdziwego rozpowszechnienia chorób, po drugie – ilu Polaków nie wie, że choruje i na ile jest nieskuteczny system, żeby wykrywać główne czynniki ryzyka; po trzecie – jak są leczeni.

Bardzo długo, jako przewodniczący Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk, ubiegałem się z zespołem i jego prezydium u kolejnych ministrów zdrowia, żeby powtórzyć badanie „PolSenior 1", ponieważ powtórzenie badania spowoduje, że będziemy wiedzieli w sytuacji prędko starzejącego się społeczeństwa, jakie choroby przybywają nam szybciej (np. przewlekła choroba nerek) a jakie, ewentualnie, wolniej. Dzięki pani poseł Beacie Liberze-Małeckiej, w ministerstwie zdrowia prowadzonym przez prof. Mariana Zembalę, udało się nam przekonać pana ministra i bodaj w 2016 r. zapisaliśmy to, co dla Komitetu Zdrowia Publicznego PAN było wielkim szczęściem – po raz pierwszy, w regulacji ustawy o zdrowiu publicznym znalazł się zapis, że należy monitorować zdrowie Polaków, należy wykonywać badania epidemiologiczne, żeby oceniać sprawność systemu.

Mogę tylko dodać, że takie ustawowe zabezpieczenie jako nakaz dla ministerstwa zdrowia, Kongres Stanów Zjednoczonych zapisał w ustawie w 1956 r. a więc równo sześćdziesiąt lat wcześniej. Według nas, ekspertów naukowych i medycznych, jest to pewne opóźnienie, że w Polsce, kraju stosunkowo biednym, za mało mamy twardych dowodów do prowadzenia dobrej polityki zdrowotnej.

W 2017 r. w efekcie zapisów o Narodowym Programie Zdrowia, z jego środków (a konkretnie – z funduszu hazardowego) został rozpisany konkurs. Komitet Zdrowia Publicznego PAN bardzo mocno prosił, żeby to był konkurs wieloośrodkowy, żeby wiele ośrodków, podobnie jak w przypadku „PolSeniora 1", mogło realizować „PolSeniora 2". Okazało się, że to jest prawnie niemożliwe, w związku z czym musiał być jeden zwycięzca. Konkurs na realizację tego projektu wygrała grupa naukowców, socjologów, geriatrów i gerontologów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, który dzisiaj mam przyjemność reprezentować.

W 2017-2018 r. odbył się pilotaż, naszym zdaniem, dobrze, że zrobiliśmy to lege artis. Po wykonaniu pilotażu, MZ zatwierdziło realizację projektu na lata 2018-2019. Rozpoczęliśmy projekt w drugiej połowie 2018 r. i najpierw wylosowaliśmy próbę, z Ministerstwem Cyfryzacji, 6 tys. Polaków 65+.

Jeśli pani przewodnicząca pozwoli – przedstawię państwu króciutko na przezroczach schemat, jak dalej pracowaliśmy.

We wprowadzeniu do tej prezentacji mogę powiedzieć, że w pierwszym etapie realizacji projektu wykonaliśmy badania u 2550 osób (a więc 40% założonej próby) i pomimo skróconego czasu na realizację udało się wykonać założony przez ministerstwo poziom realizacji. W 2019 r. mamy przeprowadzić badania u 3400 polskich seniorów, którzy już są wylosowani, mamy ich adresy w dziewięciu województwach i pod koniec tego roku osiągniemy docelową próbę 6 tys. Polaków.

W zależności od tego, które choroby będziemy analizować… niektóre choroby, jak hipercholesterolemia, czyli zaburzenia lipidowe – na tej sali pewnie 60% osób ma zaburzenia lipidowe (wśród seniorów będzie to 80%), nadciśnienie u osób na tej sali ma pewnie 40% (a wśród polskich seniorów 70%). W związku z tym odchylenie standardowej, dokładność pomiaru dla każdej choroby będzie trochę inna. Ale ta dokładność jest wystarczająca i prawie taka sama przy tej liczebności próby, jaką uzyskują w Ameryce w narodowym programie, który ma tam sześćdziesięcioletnią tradycję. Konstruując pro-

jekt, wzorowaliśmy się właśnie na doświadczeniach amerykańskich, żeby je porównywać z polskimi.

Jeśli chodzi o nasze krytyczne uwagi (a pani przewodnicząca powiedziała, że możemy też troszeczkę krytycznie mówić od strony realizatora) powiem o budżecie. Całkowity budżet projektu wynosi około 12 mln zł, po odjęciu kosztów badania pilotażowego i wszystkich analiz schodzi poniżej 10 mln zł. Polskie prawo przewiduje, dla takich badań jak nasze, VAT 23%, czyli od razu na wstępie musimy oddać 2,5 mln zł. To nie jest ani ułatwienie dla nas, realizatorów, ani dla administracji uczelni, ani dla kwestury, ani dla MZ. W Polsce kluczowe dla oceny stanu zdrowia i dla kształtowania opartej na dowodach polityki zdrowotnej badania są obciążone stawką nawet nie jak badanie zdrowia (bo tu jest 7%) tylko stawką 23%. Uczelnia wykonuje te badania rekrutując pięćset pielęgniarek w całym kraju, szkoląc je, musi od razu… to było powodem opóźnienia realizacji projektu w ubiegłym roku i skompresowania dużej trudności.

Drugim kluczowym problemem, z jakim się zderzamy, o którym chciałbym powiedzieć, jeszcze przed omówieniem szczegółów, jest to, że powtarzając po dziesięciu latach badania „PolSenior 1", ocenimy, jak zmienia się sytuacja w kraju. Ale, do podstawowych zasad realizacji takich badań (stosowanych także w innych krajach) należy to, że oprócz wylosowania nowej reprezentacji Polaków (bo teraz wylosowaliśmy 6 tys. nowych PESEL-i, czyli 6 tys. nowych osób) powinniśmy powtórzyć badanie u tych, których badaliśmy w roku 2009 i 2010, ponieważ wśród nich wielu było zdrowych, ale zachorowało. I dopiero wykonanie obu części razem, czyli – powtórzenie badania reprezentacji z 2009 i 2010 r. oraz nowej próby starszych Polaków pozwoliłoby modelować to, co robi się w Anglii i to, co jest w tym roku najbardziej popularne, czyli – ile będzie osób chorych na chorobę Alzheimera, ile osób będzie niepełnosprawnych, jak ma się przygotować system. Okazało się, że mniej niż początkowo myślano, dużo mniej. W najlepszych pismach medycznych, typu „Lancet", ale także w najlepszych pismach popularno-naukowych i w rządzie Anglii… te wszystkie analizy są wykonane.

U nas takich analiz nie możemy wykonać. Na nowo wykonujemy nową próbę, ale nie znalazło się dość funduszy, żeby powtórzyć to badanie w próbie, które już realizowaliśmy.

I tutaj znowu nasz ukłon do pani przewodniczącej i prezydium Komisji, ponieważ ustawa o świadczeniach zdrowotnych, ustawa o ochronie danych i jeszcze trzecia ustawa (za chwilę ją sobie przypomnę) wzajemnie się blokują i w dużej mierze uniemożliwiają Ministrowi Zdrowia ogłoszenie konkursu na powtórzenie tego badania w tej samej próbie, co w 2009 i 2010 r.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Badania „PolSenior 1"?

Kierownik projektu „PolSenior 2" dr hab. med. prof. nadzw. Tomasz Zdrojewski:

Tak, żeby powtórzyć, żeby tę samą grupę zrealizować.

Komitet Zdrowia Publicznego PAN wystąpił oficjalnie i dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego, pani dyrektor Justyna Mieszalska wskazała nam, że istnieje takie zawikłanie prawne, że w zasadzie uniemożliwia ministerstwu ogłoszenie środków na realizację tej samej próby a dopiero wtedy minister Miłkowski mógłby naprawdę modelować sytuację na wszystkie sposoby.

To tyle z naszej strony, jeśli chodzi o te główne sprawy.

[*prezentacja slajdów*]

To jest logo programu „PolSenior 2", jeszcze raz Narodowy Program Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia. Uzyskaliśmy patronat pana premiera Morawieckiego. W listopadzie bardzo dobre, naszym zdaniem, rozporządzenie (tutaj ukłon do Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej), chociaż dość wąsko potraktowano w tym rozporządzeniu materiał dotyczący zdrowia, ale mamy nadzieję, że przybędzie go po „PolSeniorze".

Co bardzo pomaga uzyskać zgodę wylosowanych Polaków to jest też patronat Episkopatu Polski. W dużej części regionów Polski, jeśli jesteśmy gdzieś w małych miejscowościach, to miejscowi proboszczowie w różnych formach komunikacji podają ogłoszenia, żeby wylosowany Polak się dowiedział i zgodził – to nie jest takie łatwe.

To badanie nazywa się „Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych".

To są dane z Państwowego Zakładu Higieny, który eksportuje polskie dane do WHO i do Banku Światowego. Tutaj widzimy, że jeśli chodzi o Polaków w wieku 65 lat i więcej, to w zasadzie jakość ich życia jest dobra do 65. roku a powyżej 65. roku, z powodu wielu chorób, problemów społecznych, jest naprawdę za bardzo zredukowana.

Jeszcze raz to, co podkreślałem (co dla państwa może być ważnym elementem, żeby dobrze spojrzeć na budżet i kalkulację kosztów), że to musi być reprezentacja Polaków, czyli musimy wylosować respondentów w całej Polsce. To nie jest badanie 6 tys. Polaków, dajmy na to w Gdańsku, Warszawie i Katowicach, tylko my pracujemy w pięciuset miejscach w Polsce. Trzeba przeprowadzić rekrutację i nauczyć testów geriatrycznych, ankiet gerontologicznych ponad pięćset pielęgniarek, żeby państwo mieli wyobrażenie, jak takie badanie się realizuje. Pracujemy tak, że w tych wszystkich miejscach szkolimy pielęgniarki. Robimy to od dwudziestu dwóch lat, podjąłem się tego zadania po raz pierwszy w 1997 r., ale coraz mniej Polaków się zgadza na te badania, gdy dostaje telefon, list czy informację, żeby się zgodził, bo został wylosowany.

W USA robi się to inaczej. Są specjalne autobusy (jak u nas busy) i taki autobus jeździ cały rok przez poszczególne stany, ludzie są zapraszani dużo wcześniej do tego autobusu, który podjeżdża do danej małej miejscowości czy dużej wylosowanej ulicy i tam są badane osoby, wtedy więcej osób zgadza się wziąć udział w badaniu. To jest bardzo ważne, ponieważ przynajmniej połowa zaproszonych powinna się zgodzić wziąć udział w badaniu, żeby była odpowiednia reprezentacja i żeby badanie było prawdziwe.

Losujemy najpierw gminy, później ulice w gminach miejskich i wsie w gminach wiejskich a następnie, już Ministerstwo Cyfryzacji – konkretnych Polaków 60+.

Na niebiesko są zaznaczone województwa i uwidocznione liczby Polaków, którzy stanowi odpowiednią reprezentację w stosunku do całej Polski, danego województwa, regionu GUS-owskiego. Badania, które realizowaliśmy w 2018 r., są na niebiesko, na czerwono plany na rok 2019. Tutaj znowu ukłon do pana ministra i do MZ. Cieszymy się, że budżet został zatwierdzony dość szybko, żebyśmy mogli zacząć już pracować w kwietniu, maju. Rozpoczynanie tego w sierpniu, wrześniu powoduje wielką trudność w utrzymaniu odpowiedniego tempa przez cały zespół. Bardzo nam zależy, jesteśmy gotowi, żeby kontynuować badanie już od marca. Zostało dziewięć województw (nie wiem, z których są państwo, większość pewno z Mazowsza), oprócz wylosowanych 860 osób są też rezerwowe adresy, ponieważ zdarza się, że pod podanym adresem gdzie powinna mieszkać dana osoba, okazuje się, że jest jakieś biuro, podmiot, który nie jest zgodny z osobą „PESE-ową". Szczególnie często dzieje się tak w Warszawie i w dużych miastach, gdzie to badanie realizuje się najtrudniej.

Przeprowadzenie badania zaczynamy od wyszukania pielęgniarek środowiskowych, które spędziły w danej wsi, na danej ulicy trochę życia. Ludzie mają do nich zaufanie, mieszkańcy rozpoznają je i godzą się na udział w badaniach.

Pani profesor dobrze pamięta „PolSeniora 1"…. kluczem jest to, żeby przekonać respondenta, wylosowaną osobę, żeby się zgodziła wziąć udział. Później musimy wyszkolić pielęgniarkę a więc zespół rozjeżdża się po całej Polsce i szkoli pielęgniarki. Po zakończeniu nauki, pielęgniarki udają się do danego respondenta i zapraszają do badania.

Są trzy wizyty.

Podczas pierwszej wizyty przeprowadza się wywiad medyczny, pomiary ciśnienia tętniczego, antropometryczny pomiar składu ciała, tkanki tłuszczowej. Podczas drugiej wizyty jest pobranie krwi i moczu, a podczas trzeciej wizyty cała część gerontologiczna. Pierwsza wizyta trwa dwie godziny, zwykle się przedłuża do 2,5 godzin, jest to ambitny projekt, może nawet za ambitny. Uważamy, że dwie godziny to jest tyle, ile powinno być, ale postanowiliśmy, żeby to badanie jak najbardziej odzwierciedlało i powtarzało to, co było w „PolSeniorze 1", żebyśmy mogli zobaczyć, co się zmienia.

Druga wizyta jest dużo krótsza, badanemu rano na czczo pobiera się krew, później trzeba w ciągu dwóch do pięciu godzin próbki krwi i moczu przewieźć do lokalnego laboratorium, czasami jest ono oddalone kilkadziesiąt kilometrów, odwirować krew, zrobić morfologię i krew już przekazać do laboratorium centralnego. Laboratorium centralne oznacza te wyniki, później krew i wszystkie wyniki wysyłamy naszym wylosowanym osobom, co się dzieje po miesiącu, dwóch (a starsi państwo czasami się niecierpliwią,

że za długo na nie czekają, ale nie mamy już na to wpływu). Dane do laboratorium centralnego spływają z całego województwa i tam są wykonywane wszystkie oznaczenia.

Trzecia wizyta to znowu zestaw pomiarów, ale bardziej gerontologiczna SGH. Ja już raz powiedziałem o autorach spoza GUM. Naszą ambicją było zapewnienie jak największej spójności, jak największego rozwoju polskiej geriatrii, zaprosiliśmy więc wszystkich polskich ekspertów i uczonych, którzy brali udział w „PolSeniorze 1" i spisali się na tyle dobrze, że opublikowali, napisali dobre ekspertyzy i wszyscy zostali zaproszeni. Komitet naukowy, zostanie utworzony za chwileczkę, będzie reprezentowany przynajmniej przez pięć polskich uczelni. MZ, ponieważ zarządzamy sami tym projektem, zgadza się na taką reprezentację uczonych.

I teraz możemy przejść szybciutko przez przezrocza.

A więc pierwsza wizyta to jest wywiad medyczny, testy i skale geriatryczne, pomiary antropometryczne, ocena składu ciała, pomiar uścisku dłoni, pomiar ciśnienia tętniczego i tętna, zespół kruchości a także ankiety do samodzielnego wypełnienia. Wykonujemy wszystkie podstawowe analizy, które powinny być w geriatrii.

Druga wizyta, tak jak powiedziałem – pobranie krwi i próbki moczu i największy kłopot: dostarczenie na czas tego materiału do lokalnego laboratorium, żeby to były odpowiedniej jakości badania.

Kwestionariusz społeczno-ekonomiczny – to, co mówiłem państwu: ocena nierówności w zdrowiu to jest także ocena nierówności społecznych. Weźmy dwa kraje o totalnie różnych systemach opieki zdrowotnej – Kanadę i Stany Zjednoczone Ameryki. W obu krajach nierówności w zdrowiu są priorytetami rządów, ponieważ wiadomo już, że grupy, które są w części niższej społeczeństwa (nie wiem, jak to nazwać, żeby nie zabrzmiało źle…) generują najwięcej kosztów. Czyli nie warto mieć tych źle zabezpieczonych, źle ubezpieczonych osób, najniżej edukowanych, albo w najgorszej sytuacji społecznej, albo kiedyś bezrobotnych a teraz mających trudne warunki egzystencji. Postanowiliśmy więc, że cały projekt w części medycznej będzie później tak podzielony, że pytania o sytuację ekonomiczną i warunki mieszkaniowe respondentów będą zderzone z wynikami zdrowotnymi. To jest bardzo ważne.

W tym projekcie patrzymy na zdrowie bardzo szeroko. Dlaczego to jest takie ważne?

Pewno zgodzi się ze mną pan minister, bo obserwował to przez ostatnich dwadzieścia lat, że wszystkie największe osiągnięcia medycyny, dowody naukowe i nowe leki, jakie zdobyliśmy, to wynik tego, że eksperymentowano i udowodniono je na 50-, 60- i 70-latkach, ale – na osobach 80- i 90-letnich już w bardzo niewielkim stopniu. Największe dowody naukowe na leczenie niedoczynności tarczycy, na leczenie przewlekłej choroby nerek, na leczenie nadciśnienia są dla osób, dotyczą osób w wieku 55, 65, 70 lat, tymczasem przed nami są już przecież miliony osób powyżej 80. roku życia. Chcemy więc zobaczyć (na co pozwoli nam to badanie dzięki szerokiemu panelowi badań), jak się kształtuje zdrowie Polaków 80+.

Dam państwu dwa przykłady.

Morfologia – czy to jest tak, że jeżeli będę miał 90 lat, to moja morfologia ma być taka sama, jak teraz, kiedy mam 60? Czy normy powinny być takie same? Wydaje się, że nie, a nikt nie wyznaczał norm dla 90-latków. Normy wyznacza się tak, że z całej grupy 90-latków powinno się odciąć dwa odchylenia standardowe i wtedy można powiedzieć, że to jest norma.

Mamy taką pokusę, żeby dla tych najstarszych Polaków na nowo zdefiniować normy podstawowych badań. W tym wypadku pomyślmy sobie o nadczynności tarczycy i niedoczynności tarczycy.

Wielu z państwa zna sytuację, że długo się czeka na wizytę u endokrynologa. Później endokrynolog rozpoznaje niedoczynność tarczycy i ewentualnie wdraża euthyrox albo jakiś inny lek. Czy 90-latkowi, który ma pięć chorób a TSH jest w szarej strefie albo tylko trochę podwyższone, trzeba dać od razu hormony tarczycy, czy może to jest norma dla tego wieku? Czy może ten euthyrox, który zlecimy pacjentowi, spowoduje migotanie przedsionków, zaostrzenie choroby wieńcowej i kłopoty zdrowotne?

Spointuję to krótkim powiedzeniem: lecz się u lekarza w swoim wieku, w tym naprawdę coś jest.

To jest komentarz do tego zestawu badań.

Chcemy poprzez tak szerokie badanie „PolSeniora2" (cieszymy się, że budżet jest wystarczający) sprawdzić nie tylko poziom transaminaz, cukru, hemoglobiny, ale chcemy też sprawdzić popularną witaminę D, przewlekłą chorobę nerek, kreatyninę, statynę C, nowe parametry, przeciwciała przeciwtarczycowe, TSH i funkcje tarczycy. Tutaj, po raz pierwszy będziemy robili, być może, troszeczkę dyskusji ponad Polskę, o normach dla osób 80+.

Tu widzimy schemat badania 36 ml krwi pobranej od każdego respondenta, która musi dotrzeć do laboratorium: morfologia, odwirowanie, zamrożenie i transport do laboratorium centralnego, później już wszystkie oznaczenia. Wyniki spływają czasami po ośmiu, dziewięciu tygodniach do naszych respondentów, ale krócej się nie da. Wiem, że niektórzy nawet telefonowali do ministerstwa, że za długo to trwa, chcieliby szybciej dostać wyniki, skoro się zgodzili na badania. Oczywiście, staramy się kontrolować tę pracę, dzwonimy do co dziesiątego respondenta, jak to badanie było realizowane.

W zdecydowanej większości jesteśmy zadowoleni z pracy pielęgniarek, ale ten krótki czas na realizację, który był w ubiegłym roku, przysporzył nam olbrzymią ilość pracy. Dlatego wykorzystałem czas, kiedy jest pan minister, żeby poprosić, abyśmy mogli realizować to zadanie od marca, najdalej od kwietnia. W ten projekt jest zaangażowanych kilkadziesiąt osób (następne przezrocze z GUM) i kilkunastu ekspertów ogólnopolskich. Myślę, że to grono profesorów rozszerzy się niebawem, kiedy będą już wyniki ekspertyz.

To w zasadzie, pani przewodnicząca, panie przewodniczący, jest skrót skrótów, o którym chciałem powiedzieć, ale dla mnie najważniejsze jest to, że projekt jest w ogóle realizowany i realizujemy go zgodnie z harmonogramem.

Chcę mocno podkreślić, że badanie reprezentacji Polski wobec nierówności w zdrowiu i sytuacji społecznej w Polsce jest kluczem do ukształtowania właściwej polityki zdrowotnej. Dobrze, że realizujemy „PolSeniora 2", zrobiliśmy „PolSeniora 1" a niektóre czynniki ryzyka zbadaliśmy już nawet dwadzieścia lat temu, ale – powie to każdy ekspert – to jest niewystarczające. Powinniśmy jeszcze powtórzyć tę kohortę, którą zbadaliśmy w „PolSeniorze 1", co pozwoli modelować sytuację dla dobra nas wszystkich, bo wszyscy chcemy się zestarzeć w zdrowiu – a do tego potrzebne jest dobre finansowanie.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Małgorzata Zwiercan (WiS):

Dziękuję bardzo, panie profesorze.

Dziękujemy również za przedstawienie informacji w formie prezentacji, to wielu nam ułatwi zapamiętanie tego, co przekazał pan profesor.

Otwieram dyskusję.

Poproszę pana przewodniczącego Sławka Zawiślaka, żeby poprowadził dalszą część posiedzenia – przepraszam najmocniej, ale muszę iść na posiedzenie Komisji Zdrowia, żeby wziąć udział w głosowaniu.

Przepraszam najmocniej, muszę pożegnać państwa.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Życzymy pani przewodniczącej dobrych głosowań.

Proszę państwa o zgłaszanie się, pytania, wnioski.

Proszę bardzo, pani profesor.

Stały doradca Komisji prof. dr hab. n. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Dziękuję, panie przewodniczący.

Gratuluję panu profesorowi wspaniałej prezentacji. Rzeczywiście, widać ogrom wykonanej pracy.

Chciałam też podkreślić coś, co być może jeszcze bardziej uświadomi to, na co właśnie zwracał uwagę pan profesor, że „PolSenior 2" powtarza badania „PolSeniora 1" po dziesięciu latach a w związku z tym daje możliwość analizy wzdłużnej, czyli możliwość zobaczenia, co się stało ze społeczeństwem przez dziesięć lat. Byłoby optymalne, gdyby istniała możliwość powtórzenia przynajmniej części badań na tej populacji, na której były wykonane badania „PolSenior 1". Mamy nadzieję, że to się uda.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo pani profesor, ekspert naszej Komisji.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos?

Może ja zadam krótkie pytanie.

Starałem się uważać, panie profesorze, i rozumiem, że bardzo cenne byłoby zbadanie populacji osób zbadanych w pierwszym „PolSeniorze". Wnioskuję, że w obecnym badaniu objęto zupełnie inną grupę osób, co pozwoli uwzględnić cywilizacyjne zmiany w kontekście zapisu, że poprawił się nie tylko stan zdrowia, ale i warunki życia w Polsce. To nie zarzut oczywiście, bo trzeba by wydać kolejne pieniądze, ale faktycznie troszkę niedobrze (zgadzam się z panem profesorem), że właśnie ta grupa osób, która przeżyła kolejne lata, nie jest przebadana, bo mielibyśmy jeszcze inną, bardzo ważną wiedzę.

W związku z tym pytanie: czy, rzeczywiście, była dyskusja, żeby przeprowadzić badanie na grupie badanej w 2009 r.?

I gdyby mógł pan jeszcze powiedzieć, czy pan profesor i przedstawiciele grupy kierującej badaniami „PolSenior 2" mają dostęp… czy wiedzą państwo, jakie były wyniki pierwszego badania?

Wiem, że obecne badania nie są skończone, są tylko wyrywkowe informacje, ale czy już z nich coś widać? Czy jeszcze za wcześnie dla poważnych naukowców, żeby powiedzieć, co się zmienia i na co powinniśmy zwrócić uwagę?

Dziękuję.

Kierownik projektu „PolSenior 2" dr hab. med. prof. nadzw. Tomasz Zdrojewski:

Panie przewodniczący, w zasadzie to jest zarzut i to właściwy zarzut.

Powinniśmy mieć takie uwarunkowania prawne, administracyjne i finansowe, żeby móc powtórzyć badania typu *follow up* na grupie, na której pracowaliśmy uprzednio. Miałem przyjemność prezentować polskie wyniki w Bostonie (w Ameryce powtarza się badania u tych samych osób, oprócz próbkowania wśród nowych, już od 1956 r.). Najlepsi naukowcy amerykańscy powiedzieli do mnie z sympatią: *drogi Tomaszu, robicie dobre badania, możemy się już porównywać, możemy razem publikować* (i to się dzieje), *ale wy w ogóle nie robicie tych badań wzdłużnych powtórzonych.*

Jako Komitet Zdrowia Publicznego i grono najlepszych polskich ekspertów wysłaliśmy pismo do Ministra Zdrowia, uprzednio do pana prezydenta Komorowskiego, później do prezydenta Dudy, że musimy realizować takie badania w Polsce. Przedstawiliśmy nawet bardzo szczegółowy plan, ale odpowiedź była taka, jak wskazałem, że są trzy ustawy, które determinują i wzajemnie wykluczają możliwość ogłoszenia i przeznaczenia środków przez MZ bądź MNiSW na takie powtórzenie. Przychodząc pierwszy raz w życiu na dzisiejsze posiedzenie komisji sejmowej, miałem ciche marzenie, że pan minister będzie skromnie krótko mówił a ja będę mógł to powiedzieć głośno – i, rzeczywiście, tak było.

Bardzo dziękuję, że pan przewodniczący to zaakcentował.

A jeśli chodzi o drugie pytanie – bardzo chcę podkreślić roztropność i mądrość pana profesora Michała Seweryńskiego (on jest teraz chyba senatorem w Senacie RP), pan profesor zrobił wtedy tak, że potraktował to badanie jako badanie zlecone i przeznaczył na nie konkretne, dość duże środki ze swojego budżetu. W zasadzie musimy szanować badanie „PolSenior 1", została wydana monografia, ukazało się mnóstwo publikacji, zdarza się do tej pory, że Biuro Analiz Sejmowych robi „kopiuj-wklej" i cały czas to badanie stanowi jedyne odniesienie. My naprawdę staramy się szanować ten fakt i rektor, który nie mógł dzisiaj przyjechać, pan profesor Marcin Gruchała,w uzgodnieniu z rektorami innych uczelni (w tym wypadku prof. Tomaszem Grodzickim, prorektorem ds. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, prof. Piekarskim z Poznania, kolegami z Białegostoku) absolutnie dba, żeby – gdy przybędzie nam wyników – uwzględnić w analizach wszystkich czołowych polskich ekspertów (z panią profesor przed chwilą w kuluarach dyskutowaliśmy nad kolejnymi szczegółami).

Jeśli chodzi o pierwsze wyniki… staraliśmy się jakoś „okrążyć" prośbę ministerstwa, które bardzo nas prosiło, żeby pokazać już konkretne wyniki na tej próbie 2548 osób, które są przebadane, ponieważ to są tzw. wyniki surowe i tylko z siedmiu województw. One wymagają obróbki statystycznej, tzw. ważenia. Nie chciałbym się tu mądrzyć, ale

chcieliśmy bardzo dobrze zbadać zdrowie Polaków w wieku 80, 90, 100 lat – to bardzo ważne. Jest mało dowodów naukowych, że wszystkie leki, które skutkują u młodszych, tak samo zadziałają u starszych a nie robią im krzywdy. W związku z tym, w tej próbie 6 tys. osób celowo znalazła się nadreprezentacja osób powyżej 80. roku życia, czyli więcej osób niż powinno być proporcjonalnie w populacji dorosłych Polaków. Mamy ich więcej po to, żeby dokładnie zbadać ich zdrowie.

W związku z tym, teraz będzie potrzebne tzw. ważenie, czyli konkretne matematyczne statystyczne działania, które dopiero dadzą ostateczne wyniki. Tych siedem województw, też nie grupuje się tak, jak w GUS, który ma sześć regionów Polski. W zasadzie więc trochę przedwcześnie by było mówić o wynikach, ale przewlekła choroba nerek, czyli starzenie się nerek u starych Polaków przebiega naprawdę dużo szybciej i jest dużo większym wyzwaniem niż myśleliśmy.

Jest też 6-7 punktów, do których odnieśliśmy się w sprawozdaniu do ministerstwa.

Kolejny problem to nietrzymanie moczu. Badaliśmy go teraz bardziej szczegółowo niż uprzednio. Okazało się, że takich przypadków jest dużo więcej niż przypuszczano… lub badano na podstawie małych próbek. A wiemy, jakim problemem jest nietrzymanie moczu.

Jakość opieki nad chorymi po udarze mózgu… już teraz widzimy, że chorzy po zawale serca w Polsce mają zdecydowanie lepszy dostęp do specjalistów niż chorzy po udarach mózgu a jednak udary mózgu przynoszą kilkakrotnie więcej strat, jeśli chodzi o ubytki w zdrowiu, niż…

Proszono nas o ocenę przez Polaków programu 75+. Tutaj są te pytania, ale zobowiązaliśmy się wstępnie opracować to na marzec.

Ból i przewlekłe choroby stawów, niedoceniane w kształceniu dyplomowym i podyplomowym polskich lekarzy, stanowią podstawowy problem polskich seniorów. Rozpowszechnienie tego bólu, który obniża zdecydowanie jakość życia, trwającego dłużej niż trzy miesiące w roku, referuje aż 42% badanych.

Rzeczywiście więc są takie elementy badania „PolSenior 2”, na których widać, że warto już referować je ministrowi, ale zaznaczam – jako profesjonaliści musimy powiedzieć, że trzeba to teraz obrobić statystycznie, przeważyć i pokazać dokładne, końcowe wyniki projektu.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Rozumiem.

Pan przewodniczący prosił o głos.

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie profesorze, goście zaangażowani w projekt „PolSenior 2” – dla nas, można powiedzieć, konstruktorów Komisji Polityki Senioralnej, „PolSenior 1”, którego kierownikiem był pan prof. Piotr Błędowski, stanowił podstawową inspirację i podstawowe narzędzie.

I za pracę w tamtym projekcie bardzo dziękuję panu profesorowi.

Cieszę się, że chociaż jest to projekt w ramach Narodowego Programu Zdrowia to aspekty społeczne, w szczególności, są czy będą odpowiednio zanalizowane. Ten projekt będzie bowiem wtedy pełny, kiedy znajdą się w nim aspekty medyczne, ale również aspekty społeczne, ekonomiczne i w związku z tym bardzo liczę na pracę ekspertów, szczególnie związanych ze Szkołą Główną Handlową.

Dziękuję również za to, że państwo przypomnieli w swoim materiale, że praca, którą państwo wykonują, jest również elementem realizacji ustawy o osobach starszych. Tam jest dokładne wskazanie, nałożonego na Radę Ministrów, obowiązku stałego monitorowania sytuacji osób starszych. Prawdę powiedziawszy, to badanie (a szczególnie jego wyniki) będą nieocenione, bo bez prawidłowej diagnozy nie ma możliwości konstruowania prawidłowych i skutecznych polityk publicznych – a to jest rzecz absolutnie ważna.

Dobrze, że pan profesor zapoznał nas z pewnymi praktycznymi problemami, bo w tej chwili również pracujemy nad ustawą o ochronie danych osobowych, projekt jest procedowany obecnie przez komisję administracji i komisję sprawiedliwości i praw człowieka. Być może jest jakaś przestrzeń, która by umożliwiała jednak przeprowadzenie tych badań w grupie przebadanej w latach 2007-2010, bo to rzeczywiście by pozwalało

stwierdzić, jak się zmienia sytuacja zdrowotna i ekonomiczna, społeczna czy psychologiczna nawet, co też jest dużym problemem.

Chciałbym podziękować również za pomysł komitetu naukowego. Jak się patrzy na „PolSeniora 1" i na listy zaangażowanych naukowców i wszystkich ośrodków naukowych z całego kraju, to jest to lista imponująca. Oczywiście, rozumiem też te specjalne życzenia, które kieruje wobec państwa MZ, żeby analizować pewne istotne elementy, które mają znaczenie dla bieżących działań, ale proponowałbym się skoncentrować na tych długofalowych celach, które są przed nami. To dopiero pozwoli nam na wszechstronne interdyscyplinarne spojrzenie na kwestię osób starszych.

I jeszcze ostatnia sprawa, mianowicie rekomendacje.

Prosiłbym o uwzględnienie ich również w „PolSeniorze 2", bo przecież „PolSenior 1" nie był tylko diagnozą, zakończył się rozdziałem pt. „Rekomendacje" i one dotyczyły wielu obszarów, nie tylko potrzeb zdrowotnych, ale również: rynku pracy i równego dostępu do rynku pracy, działań profilaktycznych, systemowego wsparcia osób niesamodzielnych i odpowiedzi na specyficzne potrzeby tej grupy, poprawy warunków mieszkaniowych (nie dostrzegam, żeby coś się zmieniło w tym zakresie), wykluczenia społecznego, finansowego i cyfrowego. Myślę, że to jest kluczowe.

My też przyjęliśmy takie założenie w ustawie o osobach starszych, której dobrym duchem był właśnie prof. Piotr Błędowski, żeby – co roku – robić podsumowania, analizy, co się udało zrealizować, czego się nie udało a co jeszcze jest potrzebne. Prosiłbym przede wszystkim o tę analizę.

Być może, jest to prośba do MZ, do Departamentu Zdrowia Publicznego – czy państwo mają jakąś propozycję, jak skonstruować poprawkę, która by umożliwiała dostęp do grupy osób badanych, nie naruszając krajowych i europejskich zapisów o ochronie danych osobowych?

Jeszcze raz bardzo serdecznie dziękuję i mam nadzieję, że kolejne odsłony tego badania będą nam umożliwiały konkretne rozwiązania, które jeszcze przed nami.

Bardzo serdecznie dziękuję.

Kierownik projektu „PolSenior 2" dr hab. med. prof. nadzw. Tomasz Zdrojewski:

Czy mogę tylko króciutko, bo…

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Proszę bardzo, panie profesorze.

Kierownik projektu „PolSenior 2" dr hab. med. prof. nadzw. Tomasz Zdrojewski:

Bardzo dziękuję.

W najśmielszych oczekiwaniach nie spodziewałem się naprawdę tak fantastycznych komentarzy ze strony państwa przewodniczących Komisji.

Mogę powiedzieć tylko tak, że pan prof. Błędowski od początku jest w „PolSeniorze 2", ciężko pracuje, zakasał rękawy. Ostatnie szkolenie pielęgniarek odbyło się na Śląsku, wstał o 4.30, przyjechał pierwszym pendolino i szkolił przez cały dzień panie pielęgniarki, motywował je do pracy i bierze udział we wszystkich analizach.

Jeśli chodzi o nowe sprawy i rozszerzenie – wszyscy, którzy brali udział w „PolSeniorze 1" i się sprawdzili, są zaproszeni, byli na spotkaniu i za chwilę będzie rozporządzenie regulujące to wszystko. Jest z nami pani prof. Ewa Kwiatkowska, która bada wykluczenie cyfrowe starszych Polaków, tego nie było w „PolSeniorze 1". Pan mecenas Adrian Lange z kolei wskazał właśnie 2015 r. i zobowiązanie ustawowe polskiego rządu, chyba dzięki Piotrowi Błędowskiemu, żeby trafił do ustawy ten zapis, ale także znalazł elementy, gdzie wobec organizacji międzynarodowych „PolSenior 2" będzie stawiał Polskę w godnej pozycji raportowania sytuacji.

Jeśli chodzi o trzeci punkt, najważniejszy dla nas: powtórzenie badań.

Ustawa o zdrowiu publicznym, ustawa o świadczeniach zdrowotnych i ustawa o ochronie danych osobowych, zdaniem prawników MZ, wykluczają powtarzanie tych badań i to jest bardzo złe. Jak widać, mamy potencjał, mamy ekspertów, mamy spójny system do oceny zdrowia Polaków a tu – stop.

Jeśli więc w Komisji po raz pierwszy spotykamy taką życzliwość (bo do tej pory trochę się odbijaliśmy: *nie, bo nie, dalej niech państwo nie piszą do Komitetu Zdrowia Publicznego* – takie otrzymywaliśmy odpowiedzi).

I trzecia rzecz – cały rok 2020 jest tak zaplanowany, żeby były rekomendacje, nie tylko bardzo naukowe, ale również rekomendacje systemowe. W związku z tym rozszerzyliśmy skład osobowy i już z nami pracuje intensywnie pan dr Derejczyk, jeden z autorytetów codziennej klinicznej pracy lekarskiej na poziomie senioralnym. Jest naszą ambicją wypracować temat rekomendacji porządnie, poczynając od „PolSeniora 1" do wykluczenia cyfrowego włącznie.

Bardzo dziękuję za uwagi, mamy ambicję je referować, i jeśli państwo nas zaproszą tutaj, będziemy mogli mam nadzieję, znowu więcej powiedzieć.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo za poruszenie kilku ważnych kwestii przez pana profesora.

Proszę bardzo, pani… proszę o przedstawienie się.

Przedstawicielka Warszawskiej Rady Seniorów Iwona Bruśk:

Dzień dobry – Iwona Bruśk, Warszawska Rada Seniorów i Wolska Rada Seniorów.

Panie profesorze, mam pytanie do pana i do wszystkich państwa. Czy zgodziliby się państwo, abyśmy mogli liczyć na państwa pomoc we wsparciu realizacji programu Bilans 70-, 80-latka w Warszawie?

Mamy zarezerwowaną pokaźną kwotę w budżecie miasta na rok 2019 i sądzę, że przedstawiony przez państwa program byłby znakomicie… Po pierwsze – jest świetnie opracowany, świetnie oprzyrządowany i mamy na konkretną grupę wiekową bilans 70-, 80-latka. Chcielibyśmy się oprzeć na najlepszych praktykach, na państwa autorytecie.

Czy ewentualnie możemy liczyć na takie wsparcie?

Kierownik projektu „PolSenior 2" dr hab. med. prof. nadzw. Tomasz Zdrojewski:

To jest wielka zaleta tego posiedzenia Komisji, że możemy pokazać, jak robimy i co robimy.

To, co pani proponuje, to właściwie kula śnieżna. Na poniedziałek, na godz. 15. marszałek woj. pomorskiego Mieczysław Struk zaprosił nas z tą samą prośbą, informując, że są lokalne badania a tutaj wszystkie narzędzia są wypracowane.

Konsultant krajowy Tomasz Kostka przeczytał konkretne piśmiennictwo, uaktualnił i wszystko, co było na koniec 2017 r. na świecie nowego, mądrego i ważnego do zrobienia, jest włożone do protokołu tego badania. Więc idealnie by było te narzędzia, które są na stronie (one są własnością MZ, ale rozumiem, że Minister Zdrowia się zgodzi) to właśnie aż się prosi (*Kasiu, nie wiem, czy tak samo uważasz…*), żeby to, co wypracowano dla „PolSeniora" zrobić w badaniach samorządów ze środków samorządowych i innych, bo wtedy to będzie spójne i będą mogli odnieść państwo swoje wyniki do wyników w całej Polsce.

Przedstawicielka Warszawskiej RS Iwona Bruśk:

Przepraszam, wprawdzie dżentelmeni nie rozmawiają o pieniądzach, ale powiem, że mamy 2 miliony 376 tysięcy…

Kierownik projektu „PolSenior 2" dr hab. med. prof. nadzw. Tomasz Zdrojewski:

To jest bardzo dużo środków, to wystarczy naprawdę na porządne badania.

Przedstawicielka Warszawskiej RS Iwona Bruśk:

Właśnie o to chodzi.

Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo pana.

Przewodniczący Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Zbigniew Tomczak:

Zbigniew Tomczak, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera.

Mnie brakuje w tych badaniach badania oceny funkcji poznawczych. Mam pytanie do pana profesora: czy ten program nie obejmował tych badań z założenia, czy przekazana do nas informacja nie zawiera jeszcze tych badań a one będą?

Dziękuję bardzo.

Kierownik projektu „PolSenior 2" dr hab. med. prof. nadzw. Tomasz Zdrojewski:

Jeśli chodzi o sposób realizacji, metodykę tego typu badań na reprezentacji Polaków – pierwszym ograniczeniem takiego badania jest to, że losujemy adresy Polaków, np. Tczew, ulica Żeromskiego 3. Jeśli dany respondent znalazł się, z różnych powodów zdrowotnych, w jakimś ośrodku (ponieważ pomoc rodziny była już niewystarczająca) to on z definicji już nie wchodzi do puli, ponieważ takie było założenie projektu. Osoby, które w niektórych skalach już są poniżej punktacji (nie potrafią rozpoznać, jaka jest pora roku, na którym piętrze mieszkają) nie są badane w tym projekcie.

W związku z tym ten projekt powinien być (to jest bardzo dobre pytanie) uzupełniony o takie „ramię" osób, które mają na tyle ciężkie zaburzenia poznawcze, że należałoby dobrze oszacować ten problem.

Mamy kilka badań i korzystamy z „PolSeniora 1", jeśli chodzi o chorobę Alzheimera, o nadciśnienie tętnicze, mamy nawet kilka publikacji, ale one by wymagała uzupełnienia o stany najciężej chorych – tu się zgadzam. Tym bardziej że najzdolniejszy z młodego pokolenia polski naukowiec dr Piotr Bandosz zrobił takie modele dla Anglii, nauczył się je robić i wrócił do Polski. Aż się prosi, żeby móc modelować sytuację choroby Alzheimera w Polsce. Nie da się wszystkiego zrobić naraz, badanie, jak każde, ma swoje ograniczenia i w tym przypadku wylosowanych tzw. pacjentów instytucjonalnych nie badamy. Jakaś część tych najciężej chorych osób jest nieobecna w tym badaniu. Oczywiście, wiemy, ile to jest osób.

To, co powiedzieli panowie przewodniczący (powtórzenie próby z 2010 r.) byłoby znakomite. Wiemy, ile osób nam wypada, to by był kapitalny przykład sposób na to, żebyśmy poznali, w jakim tempie przybywa chorych z chorobą Alzheimera i takich, którzy mają na tyle osłabione funkcje poznawcze, że wypadają z projektu. Moglibyśmy to dokładnie policzyć i później zrobić ekstrapolację.

Głos z sali:

Można?

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Proszę bardzo.

Przewodniczący Branżowej Komisji Dialogu Społecznego ds. Osób Starszych i Kombatantów w Warszawie Janusz Zieliński:

Moje nazwisko Janusz Zieliński, przewodniczący Branżowej Komisji Dialogu Społecznego ds. Osób Starszych i Kombatantów w Warszawie.

Przede wszystkim, chciałbym wyrazić bardzo duże uznanie za tak kompleksowe prowadzenie bardzo potrzebnych badań i konsekwencję w ich powtarzaniu.

Mam trzy konkretne pytania.

Pierwsze: w jakim zakresie w badaniach są wykorzystywane już, bo pewnie na początku było trochę trudniej, nowe technologie cyfrowe, czyli oprzyrządowanie cyfrowe badań?

Jak zauważyłem w prezentacji, wąskim gardłem był personel, obsługujący te badania. Zastanawiam się, czy nie warto by było zlecić opracowanie odpowiedniego algorytmu, który byłby rozpowszechniony wśród lekarzy specjalistów a następnie włączyć ich do prowadzenia części czy segmentów tych badań, które wchodzą w zakres „PolSeniora 2" lub kolejnych badań.

Drugie pytanie dotyczy innych badań prowadzonych przez specjalistyczne instytuty medyczne w Polsce: czy tutaj też była spójność i korzystano z ich wyników?

Badania na dużej grupie są rzeczywiście reprezentatywne, ale przecież są też prowadzone inne badania i – czy była tutaj jakaś korespondencja, czy w wynikach i ocenach tych badań znajdzie się kompleksowa kwintesencja stanu zdrowia Polaków i prognoza?

Można by ją uwzględnić w nowych edycjach programów, które będą opracowane przez ASOS 2020-2030 i w innych programach dotyczących seniorów.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Dziękuję bardzo.

Panie profesorze, proszę o odpowiedź.

Kierownik projektu „PolSenior 2" dr hab. med. prof. nadzw. Tomasz Zdrojewski:

Mogę powiedzieć z przyjemnością, że znowu padają znakomite pytanie, dziękuję za nie…. nie wiem, na ile jest ograniczony czas na odpowiedzi.

Zapytał pan o nowe technologie. Rozpoczęła się naukowa współpraca polsko-amerykańska, którą rozwinął prof. Szumowski i mam nadzieję (na razie mam za małe przebicie w tej grupie, ale mam nadzieję na większe", że ten model amerykański, czyli jeżdżącego po Ameryce autobusu zdrowia a nie pukania, bo on się już trochę wyczerpuje… ja bardzo skróciłem wszystko.

Mamy bardzo dużo problemów. Współpracujemy z komendami wojewódzkimi i miejskimi policji, bo przecież ci starsi ludzie, jak dostaną informację, mogą być oszukani, mogą się bać… to jest ta część projektu, o której dzisiaj nic nie powiedziałem. A policji bardzo dziękuję, tak samo jak wielu księżom proboszczom.

Cała idea polega na tym, żeby wylosowane osoby się zgodziły. Jeśli się to robi w USA, pielęgniarka nie ma papierowego kwestionariusza, w który ręcznie wpisuje się wyniki, tylko korzysta z laptopa albo smartfonu, który inkorporuje wyniki. U nas okazało się jednak, że najlepsze pielęgniarki do takich projektów to panie z doświadczeniem środowiskowym, które niekiedy są już na emeryturze i one nie chcą pracować z komputerem. Jedna z pań wzięła syna i on jej pomagał. Poza tym nie wszędzie jest dobry sygnał.

Jest tu obecny dr Wierucki, który bez przerwy był ze mną w „konflikcie", bo ja byłem zbyt konserwatywny a kolega był strasznie nowoczesny; skończyło się na tym, że jesteśmy „papierowi", ale wszystko jest w chmurze, baza danych musi być później włączona również do „PolSeniora 1", więc wykorzystujemy wszystkie technologiczne metody. Jednak samo pobieranie wyników odbywa się po staremu, co wynika z troski o dobrą zgłaszalność i o odpowiednią liczbę odpowiedzi, żeby badanie było wiarygodne i naprawdę reprezentatywne.

Jeśli chodzi o algorytm (użył pan takiego słowa) – w zasadzie, w przypadku każdego Polaka, który ma osiemdziesiąt kilka lat i trafia na SOR, powinien być właśnie taki algorytm i lekarz (a polscy lekarze nie są jeszcze tego nauczeni, nie ma takiej procedury na SOR) ocenia w bardzo krótkim teście za pomocą kilku pytań, w skali np. ADL lub innych, czy ten ktoś ma jeszcze rezerwy życiowe i będzie sobie świetnie radził (mimo, że ma pięć chorób…) czy nie ma tych rezerw i wymaga naprawdę większej pomocy społecznej i naznaczenia, że on oprócz pomocy lekarskiej, potrzebuje pomocy społecznej. Tak robią np. nasi partnerzy amerykańscy.

Taki algorytm powinien powstać z „PolSeniora 2"… co powinien zrobić lekarz wobec starego chorego człowieka na SOR oprócz rutynowych zabiegów, jakie robi u 60-latka, żeby ocenić jego szanse na dobrą terapię.

To było bardzo dobre pytanie, bo to powinno być wprowadzone. Jak… o to już będzie bolała głowa ministra zdrowia. Ale nasze rozmowy z ministrem Szumowskim w tej fazie realizacji projektu są takie, że jemu właśnie bardzo zależy na spójności z innymi badaniami i zrobieniu większego obrazu niż tylko „PolSenior 2", co np. w przypadku choroby Alzheimera od razu pokazuje, że potrzebne są wręcz dane z instytucji, żeby zgrać je z „PolSeniorem 2".

Nie wiem, czy pani doktor Kwiatkowska chciałaby powiedzieć ze dwa zdania o wykluczeniu cyfrowym, co bada, jakie badania pani doktor wprowadziła, bo to jest warszawska uczelnia, zaproszona przez naszą.

Adiunkt Akademii Leona Koźmińskiego w Warszawie Ewa Kwiatkowska:

Bardzo dziękuję.

Badanie wykluczenia cyfrowego jest o tyle istotne u seniorów, że dane GUS kończą się na 65. roku życia. Poznanie poziomu cyfryzacji społeczeństwa jest tym bardziej potrzebne, że coraz więcej usług jest dostępnych tylko cyfrowo. Jeśliby np. „ucyfro-

wiono" ochronę zdrowia i dostęp do informacji medycznych, wówczas osoby starsze nie miałyby do nich dostępu, ponieważ są wykluczone cyfrowo a e-recepta byłaby używana tylko w teorii, bo seniorzy i tak będą przychodzić do apteki z wydrukiem papierowym recepty. Tych kwestii jest oczywiście dużo, dużo więcej.

Wiemy z danych Eurostatu, że urzędy statystyczne w niektórych państwach badają osoby również po 75. roku życia. Dla Polski ta granica jest dużo niższa, dlatego nie mamy pojęcia, jaki jest poziom cyfryzacji, szczególnie w małych ośrodkach. Jeśli mówimy o dużych miastach, jest on na pewno wyższy, gdy mówimy o małych miejscowościach, nie każdy senior ma kogoś bliskiego z rodziny, kto pomoże, ustawi, zaloguje, kto uzyska dostęp do ePUAP itp.

Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Czy państwo mają zapytania, wnioski?

Pan przewodniczący, proszę bardzo.

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Nie ukrywam, że nasza Komisja z dużym entuzjazmem podchodziła do powołania w 2015 r. Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji.

Niestety, od kilku lat trwa tam kołowrotek kadrowy, jeśli chodzi o dyrekcję. Niespecjalnie dużo wiem o projektach geriatrycznych, które tam są realizowane, przynajmniej instytut ich nie komunikuje w skuteczny sposób. Czy współpracują państwo w jakimś obszarze z tym instytutem?

Jeżeli mogę, to prosiłbym o dłuższą lub krótszą informację.

Kierownik projektu „PolSenior 2" dr hab. med. prof. nadzw. Tomasz Zdrojewski:

To ja bym poprosił o następne pytanie…

Poseł Michał Szczerba (PO-KO):

Dziękuję za odpowiedź.

Przewodniczący poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Szanowni państwo, sprawnie poszło to ostatnie pytanie…

Czy ktoś jeszcze z państwa chce zabrać głos?

Jeżeli nie, to chciałbym powiedzieć w podsumowaniu w imieniu prezydium Komisji i wszystkich państwa, że bardzo serdecznie dziękuję za przygotowane materiały panu ministrowi Maciejowi Miłkowskiemu, który reprezentuje MZ, oraz pani dyrektor biura projektu Katarzynie Grzejszczak, która reprezentuje Gdański Uniwersytet Medyczny i zespół projektu „PolSenior 2".

Dziękuję państwu bardzo serdecznie za dyskusję, za wnioski.

Wszyscy mamy świadomość, że te badania są ważne i warto zauważyć, że naukowcy z GUM wybrali dobre metody.

Padały też pytania bardzo szczegółowe. Cieszy mnie bardzo mocno, że pan profesor jest zadowolony z tych pytań, bo państwo jako naukowcy, znawcy tematu też biorą je pod uwagę w przyszłej pracy. Mam pewność, że wyniki badań będą bardzo wiarygodne i zostaną wdrożone, jak to zauważył pan profesor, dla polepszenia polityki zdrowotnej i społecznej w naszym kraju, lepszego jej ukształtowania. Warto by też wrócić do niewykonanych badań. Widzę zainteresowanie na sali tym tematem, w związku z tym patrzmy na to optymistycznie.

Bardzo serdecznie dziękuję, panie profesorze, za wspaniałe przedstawienie materiałów i odpowiedzi na wszystkie pytania. Dziękuję członkom zespołu.

Stwierdzam, że Komisja przyjęła informację do wiadomości.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia.

Zamykam dyskusję i posiedzenie Komisji.

Dziękuję państwu serdecznie, życzę wszystkiego najlepszego.